

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/23335>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Verbetering van de internistische polikliniekbrief door een tijdbewakingssysteem en door systematische terugkoppeling door de huisarts

A.R.VAN 'T HOFF, L.G.I.M.VAN KAATHOVEN EN J.F.M.FENNIS

De rapportage van internisten over nieuwe patiënten aan huisartsen geschiedt grotendeels schriftelijk. De eisen die men aan zo'n rapportage kan stellen, betreffen zowel de termijn als de inhoud. Voordat de definitieve brief verzonden wordt, is het ook op onze polikliniek niet ongebruikelijk in aansluiting op het eerste bezoek van een nieuw verwezen patiënt een voorlopig bericht te sturen.¹ Zo'n bericht komt snel, maar omvat zelden meer dan een eerste werkhypothese. De definitieve brief kan pas geschreven worden nadat het onderzoek tot een conclusie heeft geleid. Het typen van het dictaat en het corrigeren en ondertekenen van de brief kosten opnieuw tijd. Het normeren van tijdstermijnen voor de definitieve berichtgeving stuit dus onvermijdelijk op praktische problemen. Het bereiken van consensus over inhoudelijke normen is wellicht nog lastiger. In Nederland zijn wel richtlijnen gegeven voor brieven van specialisten,²⁻⁴ maar over de implementatie, de effecten en het bijhouden van die richtlijnen is niet gepubliceerd.

In dit artikel beschrijven wij de resultaten van een onderzoek op de polikliniek voor Algemeen Inwendige Ziekten van het Academisch Ziekenhuis Nijmegen naar een methode ter verbetering van de kwaliteit van de brieven qua snelheid van rapportage en qua inhoud.

METHODEN

Enquête onder huisartsen. Aan de 284 huisartsen in de regio Nijmegen werd een vragenlijst gezonden betreffende het belang van een voorlopig bericht in aansluiting op het eerste polikliniekbezoek, de uiterste termijn waarop men de definitieve brief wenste te ontvangen en de mate waarin men geïnformeerd wilde worden over de verzamelde gegevens en hun betekenis.

Inventarisatie voorafgaande aan interventie. Wij gingen na in hoeverre onze poliklinische correspondentie kwantitatief en kwalitatief voldeed aan de wensen van de huisarts. Door een steekproef werd de frequentie bepaald waarmee het voorlopige bericht werd verzonden: uit het lopende poliklinische archief werden aselekt 40 dossiers gelicht over recentelijk geziene nieuwe polikliniekpatiënten. Wij gingen na hoe vaak het voorlopig bericht verzonden was. Om de termijn waarop de definitieve rapportages/brieven tot stand kwamen te bepalen,

Zie ook het artikel op bl. 365.

SAMENVATTING

Doel. Vaststellen of de internistenbrieven de door de huisarts gewenste informatie bevatten en of de kwaliteit van die brieven kan worden vergroot door een tijdbewakingssysteem en een systematische terugkoppeling van de huisarts naar de internist.

Opzet. Enquêteonderzoek.

Plaats. Polikliniek voor Algemeen Inwendige Ziekten van het Academisch Ziekenhuis Nijmegen.

Methoden. De 284 huisartsen in de regio werden geënquêteerd over hun informatiebehoefte in termen van snelheid en inhoud. Via statusonderzoek werd nagegaan in hoeverre hieraan vanuit de polikliniek werd voldaan. De polikliniekartsen werden op de hoogte gesteld van de uitkomsten. Vervolgens werd een bewakingssysteem ingevoerd en werd aan iedere brief een gefrankeerde evaluatiekaart toegevoegd waarmee het commentaar van de huisarts werd gevraagd. De verkregen gegevens werden teruggekoppeld naar de polikliniekartsen.

Resultaten. Huisartsen apprecieerden een voorlopig bericht in aansluiting op het eerste poliklinische bezoek (enquête-respons: 70%). In een definitief rapport wilden zij vooral informatie over de diagnose, de therapie, het te voeren beleid en de mededelingen die aan de patiënt gedaan waren. Het bewakingssysteem bespoedigde de totstandkoming van de definitieve rapportages. Van de evaluatiekaarten werd 75% teruggezonden; de toelichting op de diagnose en de therapie werd als voldoende ervaren; de vermelding van de mededelingen aan de patiënt bleek niet altijd bevredigend.

Conclusie. De internistenbrief sloot niet optimaal aan op de informatiebehoefte van de huisarts. Een 'termijnbewakingssysteem' bespoedigde de totstandkoming van de definitieve rapportages over de nieuw verwezen patiënten. Een systematische terugkoppeling over het oordeel van de huisarts over de kwaliteit van de brief bevorderde de aansluiting van de gegeven informatie op de behoefte van de huisarts.

werd aan de status van nieuwe polikliniekpatiënten een formulier toegevoegd. De artsen werd gevraagd hierop de data te noteren van het eerste en tweede bezoek, en van het dicteren, corrigeren en signeren van de definitieve brief. De medewerkers van de typekamer noteerden hierop de data van het typen, corrigeren en verzenden van de brief.

Aan de hand van de genoemde 40 dossiers werd bovendien nagegaan of de betreffende brieven voldeden aan de behoeften van de geënquêteerde huisartsen.

Interventie. De assistent-geneeskundigen in opleiding en de stafleden werden geïnformeerd over de uitslag van

Academisch Ziekenhuis, afd. Algemeen Inwendige Ziekten, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Mw.A.R.van 't Hoff en dr.J.F.M.Fennis, internisten.

L.G.I.M.van Kaathoven, huisarts te Beuningen.

Correspondentie-adres: mw.A.R.van 't Hoff.

de enquête onder huisartsen en over de resultaten van de diverse steekproeven.

De bevordering van het gebruik van het voorlopig bericht werd gezocht in een verandering van de organisatorische inbedding ervan: het bericht diende nog steeds als voorlopig bericht over de eerste werkhypothese, maar het werd bovendien ingericht als een aankruisformulier waarmee het onderzoeksprogramma werd aangevraagd. Het gebruik kreeg hierdoor een verplichtend karakter. Na het verrichten van het onderzoeksprogramma en het maken van vervolgspraken werd het formulier naar de huisarts verzonden; een doorslag bleef achter in de status. De termijn tussen eerste en tweede bezoek aan de polikliniek werd structureel teruggebracht van 3 naar 2 weken.

Terugkoppeling van en naar de huisarts. Er werd gezorgd voor een continue terugkoppeling: iedere arts op de polikliniek werd wekelijks op de hoogte gehouden van diens prestaties op het gebied van termijnen van dicteren en verzenden. Verder bewerkstelligden wij een terugkoppeling over de inhoud van de brief door de huisartsen. Bij iedere brief over een nieuw verwezen patiënt werd een gefrankeerde kaart meegezonden, waarop geïnformeerd werd naar de tevredenheid over de toelichting bij de totstandkoming van de diagnose, over de toelichting bij de therapie en over de gedane mededelingen aan de patiënt. Verder werd gevraagd of er voldoende was ingegaan op de vraagstelling van de huisarts en tevens was er ruimte voor opmerkingen. Geretourneerde kaarten werden aan de schrijvers van de brieven gegeven, zodat zij van het commentaar kennis konden nemen; zo nodig werd met de huisarts contact opgenomen.

RESULTATEN
Enquête onder huisartsen. Van de 284 aangeschreven huisartsen in de regio Nijmegen repondeerde 70% (n = 199). Het voorlopig bericht werd door 90% van de respondenten op prijs gesteld. Het definitieve bericht wenste men binnen 4 weken na het eerste bezoek van de patiënt aan de polikliniek te ontvangen. Tabel 1 vermeldt de gegevens over de eisen ten aanzien van de gewenste diepgang van een aantal items.

Inventarisatie voorafgaande aan interventie. Het voorlopig bericht werd in onze polikliniek vóór de interventies in slechts 25% van de gevallen verzonden. Daarna maakte het – in herziene versie door zijn deelfunctie als aanvraagformulier – deel uit van de administratieve routine.

De resultaten betreffende de termijnen tussen het eerste bezoek en de uiteindelijke verzending van het definitieve bericht aan de huisarts zijn vermeld in tabel 2. Vóór interventie werd 80% van de brieven pas na bijna 9 weken verzonden – dit tijdsbestek was waarschijnlijk nog geflatteerd door de meting op zich. Na de interventie werd hetzelfde percentage al na 6 weken verkregen.

De resultaten van onze steekproef naar de inhoud van de internistenbrieven zijn weergegeven in tabel 1.

Resultaten van terugkoppeling door huisartsen. Van de 1100 verzonden evaluatiekaarten werd 75% geretourneerd. Over de toelichting op de totstandkoming van de diagnose was 95% der respondenten tevreden, over de toelichting op de therapie 91%. Over de weergave van de mededelingen aan de patiënt was slechts 79% van de huisartsen tevreden. Vrij commentaar werd 226 maal gegeven: 100 maal een compliment, 17 maal een suggestie

TABEL 1. Gewenste en gerealiseerde diepgang van internistenbrieven in een enquêteonderzoek onder huisartsen in Nijmegen

onderwerp	percentage huisartsen (n = 199)					
	door huisarts gewenste diepgang van internistenbrieven*			feitelijke diepgang van internistenbrieven		
	niet vermelden	globaal vermelden	in detail vermelden	niet vermeld	globaal vermeld	in detail vermeld
verwijsreden	7	59	33	13	85	3
speciële anamnese	4	54	35	–	50	50
tractusanamnese	32	60	3	63	19	18
vroegere ziekten	21	67	8	30	37	33
rook- en drinkgewoonten	29	58	7	30	15	55
familieanamnese	28	64	3	45	38	17
psychosociale anamnese	28	64	2	60	30	10
toelichting op diagnose	5	20	75	45	28	20
toelichting op therapie	3	20	76	25	35	28
mededelingen aan de patiënt	2	17	79	73	20	7
	relevante uitkomsten in detail; rest weglaten	relevante uitkomsten in detail; rest globaal	alle uitkomsten in detail	geen of globale gegevens	details selectief vermeld	alle details vermeld
lichamelijk onderzoek	35	64	2	–	60	40
laboratoriumonderzoek	18	69	13	4	28	68
mededelingen gedaan aan de patiënt	14	68	18	30	30	40

*Tussen de 1 en 7% der huisartsen vulde deze vragen niet in.

TABEL 2. Gemiddelde tijdsduur (in dagen) voor het totstandkomen van de brief van de internist aan de huisarts, in een onderzoek in Nijmegen

traject	vóór interventie (n = 139)	na interventie* (n = 192)
1e bezoek-verzending brief	49	29
1e bezoek-2e bezoek†	23	16
2e bezoek-dicteren	11	4
dicteren-aankomst op typekamer	2	1
aankomst typekamer-typen	9	8
typen-signeren	4	2
signeren-verzenden	2	2
80% der brieven verzonden na	62	42

*De interventie bestond uit terugkoppeling van de huisarts naar de internist met behulp van een met iedere brief meegezonden gefrankeerde kaart, en het wekelijks op de hoogte houden van iedere arts op de polikliniek van diens prestaties op het gebied van termijnen van dicteren en verzenden.

†Niet alle patiënten brachten een tweede bezoek.

voor een verbetering van de briefkwaliteit, 24 maal een verwijzing naar het onbeantwoord blijven van de vraagstelling, 45 maal kritiek van uiteenlopende aard en 40 maal een aanvulling op de verwijfsreden.

BESCHOUWING

Dit onderzoek toonde aan dat de kwaliteit van onze brieven over nieuw verwezen polikliniekpatiënten op een aantal punten tekortschoot. Het bleek mogelijk verbeteringen aan te brengen. De basis van de daarbij gevolgde methode ligt in het organiseren en onderhouden van wederzijdse kennis van elkaars werk.

Een eerste eis waaraan rapportage moet voldoen, is snelheid. Huisartsen wilden de rapportage over de nieuw verwezen patiënt het liefst 4 weken na het eerste bezoek aan de polikliniek binnen hebben. Een min of meer afgerond oordeel kan door de specialist vaak pas na 3-4 weken gegeven worden.¹ Bovendien vraagt het verwerken van het dictaat en de beoordeling ervan door supervisors onvermijdelijk tijd. De aanvankelijk door ons gevonden gemiddelde tijd, verstreken tussen het eerste bezoek en de verzending van de brief, is in een Nederlandse opleidingskliniek niet uitzonderlijk.^{5, 6} Door het nemen van relatief eenvoudige organisatorische maatregelen en door de artsen individuele terugkoppeling te geven, kon deze termijn duidelijk bekort worden. Voorlopig is ons doel nu dat 80% van de brieven binnen 6 weken na het eerste polikliniekbezoek verzonden is. De continue bewaking van de verzendtermijnen wordt dan ook voortgezet.

Het signaleringssysteem dat wij in dit onderzoek hanteerden, vraagt om de actieve medewerking van alle betrokkenen: de gegevens worden verzameld op een apart formulier waaraan velen moeten bijdragen. Zonder twijfel zijn de gegevens dan ook incompleet. Wij schatten dat wij in dit onderzoek ongeveer 70% van de 'briefplichtige' patiëntencontacten konden onderscheppen. Dit incomplete aantal is niet zo groot, aangezien het in een startfase van een proces van kwaliteitsbewaking vooral belangrijk is een heterogene groep van medewerkers te doordringen van de noodzaak van een tijdige

en inhoudsvolle rapportage. Zeker in het begin wordt een al te nadrukkelijk toezicht (op compleetheid) al snel als bedreigend ervaren. Wij werken thans aan een systeem dat de noodzakelijke gegevens automatisch verzamelt.

Minstens zo belangrijk als de snelheid waarmee een brief komt, is de inhoud ervan. Brieven van specialisten hebben een tweeledig karakter: ze dienen niet alleen als verslaggeving voor de verwijzer, maar ook als verslaglegging voor de specialist zelf.^{1, 7} Dit laatste kan gemakkelijk gaan overheersen en ook in onze brieven kwamen, bij een veelal procesverbaalachtige opsomming van onderzoeksgegevens, de toelichtingen op diagnose en therapie en de mededelingen aan de patiënt vaak slechts globaal of helemaal niet aan de orde. Juist deze items vormen de toegevoegde waarde van het specialistische consult. Door deze opvatting regelmatig uit te dragen en door het oordeel van de huisartsen systematisch terug te koppelen, hopen wij te bereiken dat in onze brieven het zwaartepunt zal liggen op de beschouwingen over de gestelde diagnose, over het therapeutische beleid en over de medelingen aan de patiënt. Een bijkomend voordeel is dat een dergelijke brief tegelijkertijd dient als verslag van wat er met de patiënt besproken en afgesproken is; op deze wijze zal vaak op ongedwongen wijze kunnen worden voldaan aan de dossierplicht van de arts.⁸ Het vooruitzicht ten slotte zo'n brief te moeten schrijven draagt ertoe bij dat de betrokken punten bij de patiënt inderdaad aan de orde komen.

Zonder de medewerking van de huisartsen werkt het systeem niet. Gelukkig was de respons zeer goed: 75% van de meegezonden evaluatiekaarten werd teruggezonden. In het algemeen waren de huisartsen tevreden over onze brieven. Niettemin waren zij niet zo content met de weergave van mededelingen aan de patiënt, dit ondanks de aandacht die daaraan werd besteed. Bovendien bevatte het commentaar van de huisarts regelmatig kritische opmerkingen, soms ook van medisch-inhoudelijke aard. Zulke kritiek was uiteraard welkom. In specifieke gevallen was de informatiebehoefte nu eenmaal niet volledig exact in te schatten en iedere brief was uiteindelijk slechts een compromis waarvan nog maar moest worden afgewacht in hoeverre dat aansloot bij de optiek van de ontvanger. Het commentaar van de huisartsen was dus essentieel: het leidde tot nader overleg, waarbij de tekortschietende toelichting alsnog kon worden aangevuld, en tot bezinning die volgende misverstanden hielp voorkomen.

Brieven horen in de eerste plaats te voorzien in de informatiebehoefte van de geadresseerde. Daarbij gaat het niet altijd om medische zaken. Zo bleek men het voorlopige bericht, dat medisch gezien slechts zelden meer dan een provisorische conclusie kan bevatten, toch zeer op prijs te stellen. Door dit bericht kende de huisarts de naam van de onderzoekende arts en was hij of zij geïnformeerd over de aard en de tijdsfasering van het verdere onderzoek.

Het doel van ons onderzoek was het verbeteren van de berichtgeving aan de huisarts. Maar ook onze eigen organisatie had er voordeel van. De nieuwe werkwijze

rond het voorlopig bericht betekende voor degenen die het onderzoeksprogramma moesten uitwerken, een verbetering: de opdrachten waren thans leesbaar en sloten bovendien beter aan bij de handelingen die erop volgden. Een tweede neveneffect was dat de patiënt door de veranderde poliklinische organisatie sneller dan voorheen voor het uitslaggesprek kon worden gezien. Ten slotte waren de brieven ook voor onszelf bruikbaar geworden: een brief met een accent op reflectie en advisering bleek informatiever dan een brief die hoofdzakelijk bestaat uit een verzameling van onderzoeksresultaten.

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van de huisartsen in de regio Nijmegen en de artsen en andere medewerkers op de polikliniek. Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door een subsidie van de commissie Kwaliteitszorg van het Academisch Ziekenhuis Nijmegen.

ABSTRACT

Improving internists' outpatient reporting by a time control system and systematic feedback by the general practitioner.

Objective. To establish if the letters from internists contain the information wanted by the GP and if the quality of these letters can be improved by a time control system and by systematic feedback from the GP to the internist.

Design. Questionnaire study.

Setting. Outpatient clinic for General Internal Diseases, University Hospital Nijmegen.

Method. The 284 GPs in the region were polled about their requirements for information in terms of speed and contents. Patient files were examined to find out to what extent the outpatient department met these requirements. The outpatient clinic physicians were informed of the findings. Subsequently a control system was introduced; every letter was accompanied by a postage-paid evaluation card inviting the GPs to comment. The findings obtained were reported back to the outpatient department physicians.

Results. GPs appreciated a preliminary report after the first outpatient visit (response rate: 70%). In the final report, they particularly wanted information on diagnosis, treatment, management to be conducted and information given to the patient. The control system accelerated final reporting. Of the evaluation cards 75% were returned; the explanation concerning diagnosis and treatment was experienced as sufficient, while mention of the information given to the patient was not always found satisfactory.

Conclusion. The internists' letters did not optimally meet the GPs' need of information. A 'time control system' accelerated the final reporting on newly referred patients. A systematic feedback of the GPs' opinions on the quality of the letters improved the alignment of the information provided with the GPs' requirements.

LITERATUUR

- ¹ Hageman HJ, Giffen H van, Meyboom WA. Verslaglegging van specialist aan huisarts. Med Contact 1984;39:513-4.
- ² Pop P, Keijsers LLJM. Communicatie tussen huisarts en specialist. Med Contact 1985;40:203-6.
- ³ Verhage-Spliet CMTh, Eggink HD. De polikliniekbrief van de internist. Med Contact 1990;45:1058-60.
- ⁴ Beusekom JAH van, Geerling J. De ontslagbrief. Ned Tijdschr Geneesk 1988;132:2315-6.

⁵ Verhage-Spliet CMTh, Kersten TJMT. De inhoud van verwijsbrieven en specialistenbrieven. Huisarts Wet 1990;33:148-51.

⁶ Westerman RF, Hull FM. De briefwisseling tussen huisartsen en specialisten. Ned Tijdschr Geneesk 1991;135:603-5.

⁷ Meyboom WA, Casparie AF. Berichtgeving aan de huisarts bij ontslag uit het ziekenhuis. Med Contact 1980;35:989-94.

⁸ Roscam Abbing HDC. Informatie en toestemming in de gezondheidszorg; recente ontwikkelingen. Ned Tijdschr Geneesk 1994;138:2561-4.

Aanvaard op 17 november 1995

Bladvulling

Toen al geen tijd meer voor het irrationele

In een voordracht te Harlesden heeft de neuroloog GOWERS er op gewezen, hoe noodzakelijk het voor den specialist is, de algemeene praktijk te leeren kennen. Hij zelf is eerst bij een dorpsgeneesheer in de leer geweest, iets waarvoor thans geen tijd meer beschikbaar is, en heeft daar geleerd: het nut der botanie, waardoor men oefening verkrijgt in het waarnemen en onderscheiden, en – het nut der geneesmiddelen. Deze zijn bijna het eenige hulpmiddel voor den gewonen arts; ze zijn een krachtig hulpmiddel, maar worden vaak door hem veracht, omdat de inrichting zijner studie hem slechts achtung deed verkrijgen voor het rationele. Nu stelt hij 'empirisch' tegenover 'rationeel', en meent nu, dat het een ook de tegenstelling is van het ander, m.a.w. dat empirisch gelijk staat met irrationeel. Verre van daar! Reeds vaak is dit betoogd, maar het doet goed, het van een specialist te vernemen.

Geneesmiddelen hebben kracht, en de kennis van die kracht is bijna geheel empirisch. De oorsprong van die kennis gaat zoover terug in de geschiedenis of komt van zulke onbeschaafde volkeren, dat het ons wel tot bescheidenheid moest stemmen. Indien men meent, dat de werking van een geneesmiddel op rationele gronden berust, en de theorie blijkt daarna verkeerd te zijn, dan blijft de werking niettemin onloochenbaar. Als men Spreker wel eens vroeg: hoe werkt dit geneesmiddel? Dan was zijn antwoord: ik weet het niet; of wel: de werking zou op verschillende manieren kunnen verklaard worden.

De enkele geneesmiddelen, waarmede GOWERS getracht heeft, het therapeutisch vermogen uit te breiden, werden eenvoudig door probeeren gevonden. Hij noemt slechts de borax bij epilepsie, ten opzichte van welk middel zijn waarnemingen door FÉRÉ bevestigd worden, en het chloretum aluminii tegen de pijnen van tabes-lijders. (Dr. GOWERS was zoo vriendelijk, Ref. op een schriftelijke vraag te berichten, dat hij gewoon is 2-4 grein, driemaal per dag, in oplossing, van het chloretum aluminii voor te schrijven). Hij heeft deze stof beproefd, omdat aluminium een metaal is, en arsenik (volgens GOWERS's zienswijze) ook. Hier geen spoor van rationeel handelen, maar toch is het niet irrationeel.

GOWERS beveelt zijn toehoorders aan (en die aanbeveling heeft, blijkens een naschrift, reeds wortel geschoten) om elkan- der in hun vereenigen in te lichten omtrent de ondervinding, met geneesmiddelen opgedaan, opdat de practicus de groote menigte nieuwe middelen leere ziften. De kennis daarvan zegt hij, moet niet enkel ontvangen, maar verkregen worden.

Menige leek zou het niet gelooven, dat het noodig is, den medici aan te bevelen, eenige studie van de medicijnen te maken.

(Wetenschappelijke Mededeelingen. Ned Tijdschr Geneesk 1896;40I:63-4.)